43e Année — N° 19. Vendredi 8 Mai 1896.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale: Note clinique sur le traitement hydrominéral de l'angine et des pseudo-angines de poitrine, par le Dr F. de Ranse, 289. — **Bibliographie** : Les poisons de l'organisme. Poisons du tube digestif par A. Charrin, 295. — Formulaire. Thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants, par le Dr Jules Comby, 295. — **Revue de la presse** : Action de l'acide carbonique sur le système sexuel, 296. — **Académie des sciences**: *Séance du 20 avril.* — Présidence M. A. Cornu, 296. — Œdème maculaire ou périfovéal de la rétine, 296. — **Académie de médecine**: *Séance du 5 mai* 1896. — Présidence de M. Hervieux, 297. — Littérature médicale de l'Inde, 297. — Contagion du cancer, 297. — Avortement provoqué, 297. — Kyste fœtal intra-abdominal chez un jeune homme, 297. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 1er mai.* — Présidence de M. d'Heilly, 298. — Cancer de l'ampoule de Vater, 298. — Varicelle et scarlatine, 298. — Déformation des mains dans l'acromégalie, 298. — Eruption syphilitique et paralysie infantile, 298. — **Société de chirurgie** : *Séance du 6 mai* 1896. — Présidence de M. Monod, 296. — Traitement de l'otorrhée par l'ouverture de l'antre mastoïde et de ses annexes, par J. Moure, 299. — Cholélithiase biliaire. Calculs biliaires, 299. — Luxation ischiatique ancienne de la hanche traitée par la résection du fémur, 299. — Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. Décollement de la vésicule biliaire. Hémorragie du foie. Laparotomie. Guérison, 299. — Endométrite des femmes âgées, 299. — Fracture transversale de rotule. Suture il y a 3 mois par la méthode de Cecci, 299. — Un grain de plomb dans un calcanéum contesté et vérifié par des photographies de Rœntgen, 299. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance**: *Séance du 11 mars.* — Présidence de M. de Pradel, 269 — **Société médicale du Louvre** : *Séance du 11 février* 96. — Présidence de M. E. Richard, 301. — **Memento pratique** : Sulfate de quinine, 302. — Effet diurétique du calomel dans l'ascite d'origine cardiaque, 302. — Traitement de l'apoplexie pulmonaire, par Plique, 302. — Laudanum de Sydenham et élixir parégorique; leur équivalence en gouttes, 302. — Pathogénie et traitement médical du rachitisme, 303. — **Nouvelles**, 304. — **Bulletin bibliographique**, 304.

CLINIQUE MÉDICALE

Note clinique sur le traitement hydrominéral de l'angine et des pseudo-angines de poitrine.

Par le Dr F. de Ranse.

Membre correspondant de l'Académie de médecine.

Il est peu de maladies dont la symptomatologie soit généralement plus nette, mieux définie que celle de l'angine de poitrine, et dont cependant la nature ou la pathogénie ait donné lieu à autant de discussions. M. Huchard, qui a pris la peine de relever les différentes théories émises à ce sujet, n'en a pas compté moins de trente-six.

Cette diversité d'opinions tient sans doute à ce que l'angine de poitrine est moins une maladie, à proprement parler, une entité morbide, qu'un syndrome lié à différents états pathologiques. On peut dire qu'il y a, non une angine, mais des angines de poitrine. Si, dans le titre de cette note, j'ai maintenu une angine de poitrine à côté de la pseudo-angine, c'est pour mieux marquer la place de la variété d'angine à laquelle convient le nom d'angine vraie, d'*angina major*, qui sert de type à toutes les autres et cliniquement, en raison de sa gravité extrême, doit plus qu'aucune fixer l'attention du praticien. C'est la forme *organique* de Friedreich, celle qui s'accompagne d'altérations organiques du cœur et des gros vaisseaux, dans la production desquelles l'artério sclérose joue un rôle si important.

Le groupe des pseudo ou fausses angines, *angina minor*, forme *dynamique* de Friedreich, *cardiacalgies* de M. G. Sée, comprend les cas où le syndrome angine de poitrine est ou paraît indépendant d'altérations organiques du cœur ou des gros vaisseaux. Je dis *paraît*, parce que, au lit du malade, la ligne de démarcation entre l'angine vraie et les fausses angines est loin d'être toujours nettement tranchée. L'absence de signes de lésions du côté du cœur ou des gros vaisseaux n'implique pas toujours que ces lésions n'existent pas, du moins à leur début, et ne tiennent pas sous leur dépendance les accès d'*angor pectoris*: Sous ce rapport, il est possible que quelqu'un des malades que j'ai classés parmi les pseudo-angineux, ait succombé ou succombe plus tard à un accès d'angine vraie. Par contre, il en est d'autres qui ont manifestement de l'artério sclérose, avec lésions aortiques, et pour lesquels l'ancienneté et la marche des accès excluent l'idée de l'*angina major*. Je citerai comme exemple celui d'une dame âgée d'une cinquantaine d'années, qui a fait plusieurs saisons à Néris pour des névralgies thoraco-brachiales du côté gauche. Ces névralgies sont devenues le point de départ, comme une sorte d'*aura*, d'accès angineux nettement caractérisés. La malade, artério scléreuse, présente les signes d'une lésion aortique constatée par un de mes collègues de l'académie. Or, d'après la marche chronologique des symptômes, il est impossible de rattacher à cette lésion les accès angineux; ils sont évidemment d'ordre réflexe et sous la dépendance de la névralgie périphérique.

Quoi qu'il en soit de ces difficultés de diagnostic, peut-être moins rares qu'on ne pense, les cas d'angine vraie doivent être séparés cliniquement des cas de fausses angines. Au point de vue spécial de thérapeutique qui nous occupe, cette distinction a une

grande importance, car s'il m'est permis d'être très affirmatif sur les bons effets du traitement hydrominéral dans les pseudo-angines, tout le monde comprendra ma réserve quand il s'agit de l'angine vraie.

On trouve dans les auteurs très peu de documents sur le traitement hydrominéral des angines de poitrine. La plupart gardent, sur ce point, le silence. D'autres se bornent à dire, d'une manière générale, que les malades pourront faire usage des eaux minérales appropriées à l'état morbide dont les accès angineux paraissent dépendre. Axenfeld et Huchard, dans le *Traité des névroses*, sont plus précis : « Parmi les stations hydrominérales, disent-ils, il n'en existe pas qui s'adressent directement aux accès d'angine de poitrine. Cependant, contre l'état nerveux qui est si souvent la cause et l'origine de ces accès, les eaux sédatives de Néris pourraient produire de bons résultats ; il est inutile, sans doute, de recommander la plus grande prudence dans l'application de ce traitement hydriatique. »

M. Huchard, dans son important travail sur les *angines de poitrine*, publié en 1883, mentionne de nouveau les eaux de Néris comme étant spécialement indiquées dans les formes d'origine nerveuse ou névropathique.

Une pratique de plus de vingt années à Néris me permet d'apporter à l'opinion des auteurs du *Traité des névroses* la confirmation des faits.

Le nombre des malades que j'ai observés est de 65, dont 38 appartenant au sexe masculin et 27 au sexe féminin. Plusieurs de ces malades ont fait deux, trois et même quatre saisons consécutives ou interrompues par une année de repos. Je ne pourrais, sans donner un développement exagéré à ce travail et fatiguer l'attention de la Société, reproduire ici l'observation de chacun d'eux ; je me bornerai, après les avoir groupés d'après la nature ou l'origine probable des symptômes angineux, à faire ressortir les principaux résultats obtenus dans chacun de ces groupes.

Mes 65 observations comprennent 2 cas d'angine vraie et 63 cas de fausses angines. Parmi ceux-ci, quelques-uns peut-être, ainsi que je l'ai dit plus haut, se rapprocheraient plutôt de l'*angina major*, tels certains cas d'angine tabagique ou d'origine goutteuse, tel encore un autre cas où la malade, neurasthénique, présentait concurremment des signes d'artériosclérose. Mais, dans ces cas, l'ancienneté des accidents, la fréquence et la bénignité relative des accès, enfin la rapidité et la persistance de l'amélioration obtenue m'ont fait écarter l'idée d'une maladie aussi grave que l'angine de poitrine vraie.

Les 63 cas de pseudo-angines se décomposent de la manière suivante :

36 cas d'origine nerveuse ou névropathique, dont 3 liés à l'hystérie, 29 à la neurasthénie, 2 à la maladie de Basedow, 2 au tabes ;

6 cas d'origine réflexe, dont 2 liés à une affection de l'estomac, 3 à des névralgies brachiales ou thoraco-brachiales, 1 à un névrome du moignon du bras gauche ;

16 cas d'origine neuro-arthritique ou simplement arthritique ;

5 cas d'origine infectieuse ou toxique, dont 2 liés au paludisme et 3 au nicotisme.

Je reprends maintenant ces différents groupes.

I. — Angine vraie. — De deux cas que j'ai observés, le premier pouvait passer pour un cas typique d'*angina major*. Le malade, âgé de 60 ans, goutteux, artérioscléreux, était arrivé à une période avancée de la maladie. Les accès étaient devenus fréquents et survenaient sous l'influence de la moindre fatigue, du plus léger effort. Le malade évitait avec soin de monter un étage ou de gravir le plus petit monticule ; il faisait lentement de courtes promenades sur un terrain plat ; il est des jours où il ne pouvait s'habiller seul sans ressentir les premiers symptômes ou tout au moins l'appréhension angoissante d'un accès. Sous l'action de bains tempérés d'abord très courts, de 2 à 5 minutes, prolongés ensuite graduellement jusqu'à 15 ou 20 minutes, pris constamment sous la surveillance du médecin, une détente se produisit, les accès devinrent moins fréquents, le malade put faire des promenades plus longues, son moral se remonta. Cette amélioration, ce bien-être relatifs durèrent deux ou trois mois. Dans le courant de l'hiver, le malade succomba subitement à un accès.

Le diagnostic d'*angine vraie* ne s'imposait pas chez le second malade au même titre que chez le précédent. C'était un homme d'une cinquantaine d'années, rhumatisant d'ancienne date, d'apparence chétive. Les accidents angineux remontaient à deux ans environ. Après la marche, d'autres fois après les repas, il était pris de douleurs cervico-thoraciques qui dégénéraient bientôt en un véritable accès d'angine de poitrine. Il fit une première cure à Néris et s'en trouva si bien que l'année suivante il revint en faire une autre. J'ignore si les résultats de celle-ci furent aussi satisfaisants. J'ai appris que deux ans environ après le malade était mort subitement.

Quelque théorie que l'on professe pour expliquer les rapports des lésions de l'aorte ou des artères coronaires avec l'accès d'angine de poitrine, qu'on fasse intervenir ou non primitivement ou secondairement le plexus cardiaque, il n'en est pas moins vrai que le système nerveux joue un rôle important dans la pathogénie de l'accès angineux. C'est ainsi qu'il est facile de comprendre l'amélioration temporaire survenue, dans les deux cas précédents, sous l'influence de la cure hydrominérale. Mais on comprend non moins facilement que cette cure devait rester sans action sur les lésions produites, sur leur marche progressive, par suite sur l'aggravation des symptômes et la terminaison fatale. Il en est autre

ment dans les cas de pseudo-angines, surtout dans ceux qui sont d'origine névropathique. Ici le système nerveux joue un rôle prédominant, sinon exclusif, et l'action sédative des eaux de Néris reprend toute sa puissance.

II. Pseudo-angines d'origine nerveuse ou névropathique. — Les 36 cas qui constituent ce groupe forment plusieurs sous-divisions.

a) Pseudo angines liées à l'hystérie. — J'ai observé 3 cas de ce genre. L'un d'eux présentait la forme vaso-motrice d'angine admise par Eulenburg et Landois; l'accès était précédé du refroidissement, de la pâleur, de la teinte cyanotique des extrémités, avec sensation d'engourdissement et parésie des mouvements. Dans un autre, l'accès débutait par des douleurs névralgiques, de siège différent, mais le plus souvent intercostales. Chez les trois malades les accès survenaient au milieu de la nuit, sans cause connue; d'autres fois, comme bien d'autres symptômes hystériques, ils étaient provoqués par une émotion, une simple contrariété. Le résultat de la cure de Néris a été des plus satisfaisants. Deux des trois malades ont fait une seconde saison après laquelle les symptômes angineux ont disparu.

b) Pseudo-angines liées à la neurasthenie.—Parmi les 29 cas d'angine liés à la neurasthénie, un nombre assez considérable, une dizaine au moins se rattachaient à cette forme de neurasthénie décrite par Krishaber sous le nom de névropathie cérébro cardiaque. — Dans un cas les troubles nerveux qui avaient précédé les accès angineux tenaient évidemment à la ménopause. — Dans un autre, les accès se jugeaient, comme phénomène critique, par un flux diarrhéique abondant. — Une malade, qui a fait quatre saisons consécutives après lesquelles la guérison a paru complète, était sujette à des névralgies dont l'acuité, à un moment donné, provoquait l'accès. — Chez une autre, à l'instar de l'angine vraie, les accès étaient causés par la marche, une légère fatigue, un faible effort. La première fois qu'elle se rendit à l'établissement thermal dont son hôtel n'était distant que de quelques pas, le seul fait de franchir cette distance, de descendre quelques marches et de se déshabiller provoqua un accès. Aussi fus-je obligé de lui faire prendre les bains dans sa propre chambre. Cette malade ne présentait aucune lésion cardiaque ou aortique. En outre, le plexus pulmonaire et tout le système du grand sympathique étaient pris au même degré que le plexus cardiaque, ainsi qu'en témoignaient la dyspné et les troubles vaso-moteurs qui accompagnaient ou quelques fois précédaient les accès angineux. Telle autre malade présentait la forme vaso-motrice typique décrite par Eulenburg, Landois, Nothnagel, etc. Le spasme artériel généralisé qui précédait l'accès se traduisait par des frissons, un refroidissement de tout le corps, la pâleur de la peau, une sensation d'engourdissement et d'anéantissement; puis survenaient les symptômes angineux : douleur sous-sternale avec ses irradiations, angoisse vive, palpitations, etc.

Les exemples qui précèdent sont suffisants pour donner une idée des divers cas de pseudo-angines nerveuses soumis à mon observation. Dans tous les cas, à des degrés différents, il va sans dire, suivant telles conditions inhérentes à la maladie ou au malade, je puis affirmer les heureux résultats du traitement hydrominéral. Parfois, après deux ou plusieurs cures la guérison a été complète. Toujours les malades ont été améliorés. C'est qu'ici le traitement hydrominéral ne s'adresse pas seulement au syndrome angineux, mais à l'état général névropathique dont il est symptomatique.

c) Pseudo-angines liées à la maladie de Basedow. — J'en ai observé deux cas. J'ai publié le premier dans un travail communiqué en 1886 au Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz (1) travail dans lequel je montrais les bons effets de la cure thermale de Néris sur les formes complètes ou frustes de la maladie de Basedow. Ses bons effets portent également, il va sans dire, sur les symptômes angineux de la maladie; le second cas a confirmé, sous ce rapport les résultats notés dans le premier.

d) Pseudo-angines liées au tabes. — Des accès d'angine de poitrine peuvent s'observer dans le tabes; ils constituent une forme des crises viscérales. Friedreich, M. Letulle et plus récemment M. Debove en ont rapporté des exemples. Deux fois j'ai observé des symptômes angineux chez des tabétiques. Dans le premier cas, la sclérose médullaire était à ses débuts, mais les signes en étaient assez nets pour que le diagnostic ne fût pas douteux. Dans le second, on était à la période préataxique et l'on pourrait à la rigueur attribuer les symptômes angineux à l'arthritisme présenté par le malade, à la fois légèrement albuminurique et glycosurique. Rapprochant ce cas du précédent, je crois plutôt à une angine de poitrine tabétique. Dans les deux cas, la cure thermale a grandement atténué l'intensité et la fréquence des accès angineux, de même qu'elle améliore les autres crises viscérales et les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice.

III. — Pseudo-angines d'origine réflexe. Les 6 cas se subdivisent en trois groupes.

a) Pseudo-angines d'origine gastrique. — J'en ai observé deux cas. Dans le premier il s'agissait de douleurs gastralgiques qui devenaient le point de départ de véritables accès angineux. Dans le second les crises survenaient sous l'influence d'une dypepsie flatulente

(1) Du traitement de la maladie de Busedow, en particulier de ses formes frustes, par les eaux minérales indéterminées.

et se terminaient par des éructations. Les résultats du traitement ont été plus accusés dans le premier cas que dans le dernier.

b) Pseudo-angines liées à des névralgies brachiales ou thoraco-brachiales. — J'ai relevé dans mes notes 3 cas de ce genre. Il s'agit de trois dames. La première, ayant passé la ménopause, était sujette à une névralgie du plexus brachial du côté gauche. Parvenue à un certain degré d'acuité, la névralgie irradiait vers la région sous-sternale où elle provoquait une douleur constrictive accompagnée d'une violente angoisse.

La seconde malade, âgée d'environ 45 ans, m'a été adressée par un de nos maîtres avec le diagnostic : « Névralgie rhumatismale du plexus brachial gauche, accès de *pseudo-angor pectoris.* » Comme pour la malade précédente, la douleur gagnait du plexus brachial la région précordiale et provoquait des accès parfois d'une grande intensité. Cette dame, qui habite l'Algérie, n'a pas fait moins de quatre saisons en six années. Chaque fois elle a retiré un bénéfice considérable de sa cure.

La troisième malade est celle dont j'ai parlé au commencement de ce travail et au sujet de laquelle le diagnostic peut prêter à discussion ; les accès, provoqués comme dans le cas précédent, par une névralgie thoraco-brachiale du côté gauche, coexistent avec les signes manifestes d'une lésion aortique. Elle a fait, en cinq ans, trois saisons et probablement ne s'arrêtera pas là, car de tous les traitements qu'elle a suivis, c'est la cure de Néris qui lui a donné le plus de soulagement.

c) Pseudo-angine liée à un névrome du moignon du bras gauche. J'ai observé un cas de cette nature chez un ancien officier amputé du bras gauche. Un petit névrome développé sur le moignon était devenu le point de départ de douleurs névralgiques qui irradiaient vers la région sternale et donnaient lieu à des accès angineux. Le malade a fait trois saisons, toujours avec une amélioration croissante. Je l'ai revu un ou deux ans après la dernière : les accès n'avaient pas reparu.

IV. — Pseudo-angines d'origine neuro-arthritique ou arthritique. Je sépare les cas où l'arthritisme est seul en cause de ceux dans lesquels il s'allie, se combine plus ou moins intimement avec le nervosisme. Au point de vue qui nous occupe, les résultats sont un peu différents.

a) Pseudo-angines d'origine neuro-arthritique. J'ai relevé 6 cas de cette catégorie. Je dois ajouter que, dans tous, l'état névropathique occupait le premier plan, les manifestations arthritiques le second. Les résultats observés ont été sensiblement les mêmes que dans les cas de pseudo-angines d'origine neurasthénique.

b) Pseudo-angines d'origine arthritique. Je range dans cette catégorie, qui comprend 10 cas, des malades offrant des manifestations de la goutte ou du rhumatisme. On a cherché à expliquer les accès angineux, dans les affections arthritiques, par les lésions artérielles auxquelles elles donnent si fréquemment lieu. Ces accès ne seraient plus dès lors distincts de ceux de l'angine vraie et, pour le traitement hydrominéral, comme pour le pronostic, je n'aurais qu'à renvoyer à ce que j'ai dit à propos de l'*angina major.* Je dois cependant faire observer que, dans les 10 cas que j'ai eu à traiter, et qui constituent sans doute une série heureuse, je n'ai pas constaté de lésions artérielles. Par contre, la plupart des malades souffraient des troubles gastriques et des névralgies qui ont pu servir de point de départ aux accès d'angine ; ce qu'il y a même de plus curieux, c'est que ce sont les deux plus gravement atteints, du moins en apparence, ceux sur lesquels, même à défaut de signes physiques, on était le plus fondé à soupçonner une lésion artérielle, qui ont le plus bénéficié de la la cure thermale.

Le premier est un monsieur d'une soixantaine d'années, ancien syphilitique, goutteux, asthmatique, légèrement albuminurique et glycosurique, chez lequel des accès de *pseudo-angor pectoris* alternaient, parfois se confondaient avec des accès d'asthme. Après une première saison, les accès ont disparu. J'ai revu le malade huit ans plus tard : il présentait, à des degrés divers, tous les anciens symptômes de son état diathésique, sauf les accès angineux.

Dans le second cas, il s'agit d'une dame de quarante ans, atteinte de goutte héréditaire et sujette à des accès cardio-vasculaires des plus angoissants, qui plusieurs fois ont paru menacer gravement son existence. La douleur rétro-sternale et les irradiations étaient moins marquées que dans l'accès angineux typique, mais l'angoisse était la même. La malade a fait quatre saisons, ou plutôt quatre demi-saisons, or après une douzaine, une quinzaine de bains au plus, elle éprouvait un sentiment général de fatigue qui semblait la disposer au retour des accès, le résultat final de ces quatre cures un peu écourtées a été excellent.

V. — Pseudo-angines d'origine infectieuse ou toxique. Sur les 5 cas de cette catégorie que j'ai relevés, 2 étaient liés au paludisme, 3 au nicotisme.

a) Pseudo-angines liées au paludisme. Le premier malade, consécutivement à des fièvres contractées à Madagascar, était resté sujet à des vertiges, des lipothymies, à des accès pseudo-angineux. Chacot, qui me l'avait adressé, n'hésitait pas à attribuer ces divers symptômes à l'infection palustre. Pressé par ses affaires, le malade ne fit à Néris qu'une courte saison dont je n'ai pu connaître les résultats, car je n'ai plus eu de ses nouvelles.

Le second malade, officier de marine, ayant aussi contracté les fièvres pendant différents séjours dans les pays chauds, habitant encore un pays marécageux, était tombé dans un état profond d'anémie et de neurasthénie. Mais ce qui dominait la scène, c'étaient des accès angineux qui survenaient indifféremment sous l'action de la marche ou pendant le repos de la nuit. Le malade, grandement découragé, redoutant le retour des accès, vivait dans un état perpétuel d'angoisse. Après une première saison, les accès et cet état d'angoisse avaient disparu. Le malade revint à Néris l'année suivante, pour consolider un si heureux résultat.

b). *Pseudo-angines liées au nicotisme.* — Le premier de mes malades, ayant constamment la cigarette à la bouche, même la nuit quant il se réveillait, avait commencé par intoxiquer sa femme, ce qu'il ne voulut admettre que lorsqu'on lui en eut fourni la preuve incontestable en soustrayant, puis en exposant de nouveau cette dame à l'atmosphère tabagique qu'il ne cessait d'entretenir autour d'elle. Lui-même, sujet à des troubles nerveux, refusait d'en reconnaître la pathogénie, jusqu'au jour où, sous l'action du premier accès angineux, il tomba presque inanimé dans son cabinet de travail.

Les deux autres malades, sans doute moins profondément intoxiqués que le précédent, avaient des accès moins nettement caractérisés ; c'étaient plutôt des palpitations, des irrégularités, des intermittences dans les battements du cœur, avec menace de lipothymie et sentiment d'angoisse ou d'anxiété. Ils se sont également bien trouvés de la cure hydrominérale. Il va sans dire qu'ils avaient renoncé à l'usage du tabac.

Technique et effets immédiats ou éloignés du traitement hydrominéral. — Dans la revue que je viens de faire des cas d'angine de poitrine soumis à mon observation, je me suis borné à enregistrer les résultats généraux de la cure thermale. Afin d'éviter de nombreuses répétitions, je n'ai pas cru devoir m'arrêter à la technique du traitement, pas plus qu'aux effets immédiats ou éloignés qu'il produit. Il est possible, d'ailleurs, et il me semble préférable de grouper à ce point de vue tous les faits, et de présenter un exposé ou un tableau synthétique de la pratique hydrominérale.

Un premier fait domine le traitement thermal des angines de poitrine, c'est l'intolérance des malades pour les premiers bains et, sous cette influence, le réveil très fréquent, probable, quasi certain des accès. Ce fait n'est pas sans préoccuper le médecin, quand il croit avoir affaire à un cas d'angine de poitrine vraie, dont un accès peut tuer le malade. Heureusement, ainsi qu'on l'a vu plus haut, il ne s'agit, en général, que de pseudo-angines, dont la symptomatologie, parfois des plus bruyantes, terrifiante même, est hors de proportion avec la gravité. Quoi qu'il en soit, le médecin ne saurait être trop prudent dans l'institution du traitement thermal. J'ai pour principe d'assister toujours aux premiers bains, pendant toute leur durée, jusqu'à ce que les effets de l'excitation thermale soient passés et que la tolérance du malade soit complètement établie.

Chez les cardiaques et chez bon nombre de névropathes, le bain, et il s'agit ici de bain tempéré (de 33° à 35° centigrades), produit, dès qu'on y est entré, un sentiment d'oppression, d'étouffement, parfois d'angoisse bien propre, chez les angineux, à provoquer un accès. Aussi faut-il recommander aux malades de prendre quelques instants de repos avant d'entrer dans la baignoire ; de ne pas se plonger brusquement dans l'eau, mais de s'y enfoncer lentement, progressivement, en s'arrêtant dès que survient l'oppression. Ces précautions ne sont pas toujours suffisantes et il est des cas, comme celui de la neurasthénique dont j'ai parlé plus haut, dans lesquelles il est plus prudent d'administrer le bain dans la chambre même du malade. Il quitte son lit pour se mettre dans la baignoire et y remonte après. Il évite ainsi toute fatigue, tout effort et diminue d'autant les chances d'un accès.

La durée des premiers bains doit être très-courte. Pour le premier, elle ne doit pas dépasser 5 minutes. Chez la malade dont je viens de rappeler l'observation, j'ai dû commencer par 1 minute et n'ai pu aller au-delà de 10 minutes jusqu'à la fin de la cure. En général la tolérance s'établit plus rapidement et à partir du 5e ou du 6e bain, on peut aller graduellement jusqu'à 10, 20, 30, 45 minutes et même au-delà, surtout chez les névropathes.

En procédant ainsi, on évite le plus souvent de provoquer une crise directement par le bain. Mais il n'en faut pas moins compter avec la période d'excitation thermale sous l'influence de laquelle tous les symptômes, quels qu'ils soient, se réveillent ou s'exaspèrent. Cette période s'étend généralement du 4e ou du 5e bain au 10e ou au 12e ; parfois elle est plus précoce, d'autres fois plus tardive. Pendant sa durée les angineux peuvent avoir et ont le plus souvent des accès plus ou moins fréquents, survenant dans ces conditions ou sous les influence habituelles. Puis, au fur et à mesure de l'accoutumance au traitement thermal, le malade en ressent les effets sédatifs, et les accès diminuent de fréquence et d'intensité jusqu'à disparaître, ainsi que j'en ai cité plus haut des exemples. Ce mouvement favorable ne s'arrête pas avec la cure, il continue pendant les deux ou trois mois qui la suivent et ce n'est qu'alors qu'on peut juger complètement du résultat.

Je n'ai parlé jusqu'ici que des bains : ils constituent, pour bon nombre d'angineux, tout le traitement thermal. Dans certains cas on y joint des douches chaudes ou tempérées, à faible pression, parfois des douches écossaises, rarement des douches froides. Cela

dépend évidemment de l'intensité des accès angineux, de la facilité avec laquelle ils peuvent être provoqués, de l'affection dont ils sont symptomatiques. Il est évident que telle douche, qui conviendra à un neurasthénique, sera contre-indiquée chez un artérioscléreux. Le médecin, dans l'emploi des moyens hydrothérapiques, adjuvants du traitement thermal, se détermine d'après l'examen attentif de chaque cas particulier. Voilà pour la technique et les effets immédiats du traitement hydrominéral. Quant aux effets éloignés, plus ou moins marqués, suivant les cas, rarement nuls, ils sont aussi plus ou moins durables. Cela dépend d'une foule de circonstances inhérentes à la maladie, au malade et aussi au milieu dans lequel il vit, à l'hygiène qu'il suit. Une de mes malades, qui n'a pas fait moins de quatre saisons, était allée, après la première cure, passer quelques semaines chez une de ses amies, dans les Basses-Alpes, à une altitude relativement considérable. Les accès, qui avaient disparu, revinrent avec leur fréquence et leur intensité accoutumées. Après les cures suivantes, la malade resta sur le littoral, qu'elle habite depuis fort longtemps : les accès ne reparurent pas.

Dans plusieurs cas, une saison a suffi pour faire disparaître définitivement les accès. Dans d'autres, il a fallu deux ou plusieurs saisons successives. Dans d'autres enfin, pour être moins complet, le résultat n'en a pas moins été satisfaisant en diminuant la fréquence et l'intensité des accès.

Mais il est un autre résultat qu'il est bon de signaler, car il a, dans l'espèce, une haute importance : c'est un effet moral, qui contribue à remonter les malades. On connaît la tristesse, le découragement des angineux ; ils vivent avec le souvenir des angoisses qu'ils ont ressenties pendant les accès et dans l'appréhension perpétuelle du retour de ces accès. Aujourd'hui que les notions médicales tendent de plus en plus à se répandre, à se vulgariser, personne n'ignore la gravité de l'angine de poitrine ; on n'ignore pas davantage les principaux symptômes qui la caractérisent, et comme les gens du monde ne sauraient faire de distinctions, les pseudo-angineux se croient atteints de l'angine vraie et cette idée, cette crainte empoisonne leur existence. Or, démontrer à ces malades que les accès dont ils souffrent constituent un simple accident nerveux qu'une cure balnéaire suffit à atténuer ou à faire disparaître, c'est les arracher à leur préoccupation incessante, c'est leur rendre le repos moral, et certes un tel résultat ne mérite pas peu d'être pris en considération.

Résumé et conclusions. — L'angine de poitrine est, non une maladie, mais un syndrome lié à différents états pathologiques.

La forme à laquelle il convient de conserver le nom d'augine vraie, *d'angina major*, et qui, au point de vue des symptômes, sert de type à toutes les autres, est caractérisée anatomiquement par des altérations organiques du cœur ou des gros vaisseaux ; son pronostic est des plus graves.

Les autres formes, fausses angines ou pseudo-angines de poitrine, *angina minor*, proviennent de causes multiples et sont symptomatiques d'états morbides variés. Leur pronostic est bénin.

La distinction entre l'angine vraie et les fausses angines de poitrine, justifiée par la clinique, a une importance de premier ordre au point de vue du traitement hydrominéral. Dans le premier cas, ce traitement, dont l'application peut ne pas être sans inconvénient, n'a qu'une action palliative ; il est fréquemment curatif pour les fausses angines.

Les auteurs qui se sont occupés du traitement hydrominéral des angines de poitrine ont indiqué avant toutes les autres, sinon exclusivement, les eaux de Néris. Cela s'explique d'un côté par le rôle capital que joue le système nerveux dans toutes les formes d'angines, d'un autre côté par les propriétés sédatives des eaux de Néris.

Pendant une pratique de plus de vingt années dans cette station, j'ai pu relever 65 cas d'angines, dont 2 cas d'angine vraie et 63 cas de fausses angines.

Dans les deux cas d'angine vraie, une amélioration sensible, mais de courte durée, a été obtenue. Les malades sont morts subitement dans un accès, l'un quelques mois après une première cure, l'autre deux ans environ après la seconde.

Les 63 cas de pseudo-angines comprennent 36 cas d'origine nerveuse ou névropathique, 6 cas d'origine réflexe, 16 cas d'origine neuro-arthritique ou simplement arthritique, 5 cas d'origine infectieuse (paludisme) ou toxique (nicotisme). Dans tous les cas, le résultat de la cure thermale a été d'autant plus satisfaisant que celle-ci convenait à la fois au syndrome angineux et à l'état morbide dont il était symptomatique (hystérie, neurasthénie, maladie de Basedow, tabes, gastralgie, névralgie thoraca-brachiales, névrome du moignon du bras gauche). La guérison, dans certains cas, a été obtenue après une seule saison ; dans d'autres, elle a nécessité deux, trois et même quatre cures successives. Dans les cas les moins heureux, il y a eu toujours une amélioration sensible d'une plus ou moins longue durée.

Cette amélioration constante contribue puissamment à rassurer les malades, à dissiper l'appréhension dans laquelle ils vivent continuellement, à leur rendre ainsi le repos moral, à remonter leur courage. C'est là encore, dans l'espèce, un résultat bien précieux.

Le traitement consiste essentiellement dans des bains tempérés, d'abord très courts, dont on augmente graduellement mais lentement la durée. On y

joint parfois, dans certains états névropathiques qui tiennent sous leur dépendance les accès angineux, des douches chaudes, tempérées ou écossaises, toujours à faible pression.

Le réveil des accès, qui se produit généralement sous l'influence des premiers bains et durant la période d'excitation thermale, ne doit pas inquiéter les malades, mais exige, de leur part, certaines précautions et, de la part du médecin, une surveillance des plus attentives.

BIBLIOGRAPHIE

Les poisons de l'organisme. Poisons du tube digestif, par A. Charrin. — Un vol. in-12, 188 p., Paris, Masson et Gauthier-Villars, éditeurs, 1895.

Parallèlement à la grande doctrine des bactéries, c'est-à-dire à l'histoire des désordres attribuables aux produits défectueux, au fonctionnement des cellules microbiennes, parallèlement à la bactériologie, se construit la théorie des auto-intoxications, autrement dit, le chapitre des troubles dus aux écarts de la cellule organique.

Pour synthétiser ces notions relatives à ces auto-intoxications, Charrin les a groupées en trois grandes classes.

Il nous a donné, il y a deux ans, un livre sur les poisons des émonctoires, en particulier sur ceux de l'urine. Or, cette étude, tout en révélant une série de détails relatifs à la multiplicité de ces poisons, à leur nature, à leurs propriétés, etc., a montré qu'ils avaient des origines multiples, qu'ils provenaient, en partie, des aliments, du tube digestif, de la désassimilation. D'où cette indication de l'existence de composés toxiques dans les substances alimentaires, dans l'intestin ou l'estomac, dans les déchets de la nutrition.

Actuellement, Charrin fait connaître ce qu'il y a, ce qui se forme de nuisible dans ces aliments, dans le canal gastro-intestinal.

Après avoir montré la toxicité des éléments solides ou liquides consommés, de l'eau, du muscle, des sels minéraux, de la potasse, etc., il poursuit l'analyse des toxiques contenus dans la bouche, la cavité gastrique, l'iléon ; il fixe la part des germes comme celle des cellules ; il met en lumière ce qui dérive de ces cellules, des glandes, du foie, du pancréas, des bactéries ; il montre les attributs offensifs de la salive, des sucs de l'estomac, de l'intestin, de la bile, du pancréas, des sécrétions bacillaires, des matières putrides, etc.

Puis, après avoir mis en évidence la nature, la composition, le pouvoir, les variations de ces corps, etc., il signale les procédés de défense à opposer à ces processus toxiques, dont le rôle croit sans cesse (pureté des aliments, purgatifs, vomitifs, antisepsie intestinale, favoriser les fonctions antitoxiques de la muqueuse digestive, du foie, la saignée, l'oxygène, le sérum, etc.).

On voit aisément l'intérêt de cet ouvrage, dont il est difficile de rendre un compte suffisant en quelques lignes, en raison de la diversité, de l'importance des questions qui sont, pour la plupart, celles qui, de plus en plus, préoccupent les esprits.

Aussi, souhaitons-nous vivement l'apparition du troisième volume : Poisons des tissus ; l'ensemble des trois devra avoir sa place dans toutes les bibliothèques, il constituera la synthèse, la bible de la grande doctrine des auto-intoxications.

Formulaire. — Thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants, par le Dr Jules Comby, médecin de l'hôpital Trousseau. — Rueff et Cie.

Indiquer un nouvel ouvrage du Dr Comby, c'est fournir aux médecins qui s'intéressent à la clientèle infantile (et ils sont légion) une excellente occasion de s'instruire et de mettre en pratique les enseignements d'un jeune maître dont l'érudition n'a d'égale que l'activité scientifique.

Reliure souple et élégante, impression très soignée, tranche dorée, élégance et coquetterie artistiques, voilà pour la satisfaction de l'œil. Mais c'est surtout par les qualités de fond que se signale au public médical le formulaire thérapeutique et prophylactique du Dr Comby.

Classées par ordre alphabétique, les maladies infantiles sont étudiées au triple point de vue clinique, diagnostic et thérapeutique. Dans le cadre de l'ouvrage apparaissent toutes les affections les plus récemment décrites (maladies de Hodkin, de Hirschprung, de Winckel de Riga). La plupart des maladies de la peau (*lichen scrofulorum*, *molluscum contagiosum*, *seborrhée*, *vaccinides*, etc.), dont la table des matières, très soigneusement composée, facilite la recherche rapide.

Ajoutons que les médecins trouveront dans cette encyclopédie infantile de huit cent pages des notions très claires, non seulement sur toutes les questions classiques, mais encore sur toutes les questions qui ressortissent à la rhinologie, à la neurologie (maladie de Friedreich, de Reynaud, de Thomsen, etc.)

Telles sont les qualités maîtresses du nouveau formulaire qu'offrira à ses nombreux lecteurs notre savant confrère et ami Comby, dont le succès n'aura d'égal que celui de son « Traité des maladies de l'enfance » qui a, en moins d'un an, nécessité le tirage d'une seconde édition.

Dr H. Dauchez.

REVUE DE LA PRESSE

Action de l'acide carbonique sur le système sexuel (Schuster, de Manheim, *Pester med. chir. Presse*, 14. 1896). — L'excitation périphérique que l'acide carbonique dissous dans l'eau ou en bain gazeux exerce sur la peau se traduit par la rougeur de la peau et une sensation de chaleur et de picotement qui atteint sa plus grande intensité dans les régions sexuelles et leur voisinage. L'excitation périphérique devient centripète et provoque une modification du système nerveux et vasculaire. Les ramifications des nerfs sexuels s'épanouissent à la périphérie, et il n'est pas étonnant que les centres sexuels cérébraux et médullaires reçoivent l'excitation. L'acide carbonique doit être employé chez l'homme lorsque l'appétit sexuel est diminué et que l'érection ne se fait pas. Il faut cependant exclure de ce traitement les formes provoquées par le diabète, la néphrite, le tabès. Le traitement est contre-indiqué dans la spermatorrhée parce qu'il y a ici une augmentation de l'excitabilité du centre spinal, et dans les formes graves de l'impuissance paralytique et psychique. Schuster regarde comme un terrain favorable pour le traitement l'impuissance sénile précoce.

Chez la femme, la dépression et la torpidité jouent comme chez l'homme un grand rôle. Il faut exclure les états d'exaltation. Kisch et Loimann recommandent l'acide carbonique dans la dyspareunie, l'anaphrodisie qui sont souvent des causes de stérilité. Dans les névralgies de l'utérus et de l'ovaire, de même que dans la dysménorrhée, l'acide carbonique exerce une action favorable. Dans l'aménorrhée elle peut agir d'une façon remarquable directement (bains gazeux, douches gazeuses) en provoquant une forte congestion des organes du bassin, et indirectement par une influence sur tout le système nerveux et vasculaire et sur la nutrition. Dans la métrite, l'acide carbonique constitue un agent dérivatif. Dans la pratique, on commence par des bains humides, on augmente peu à peu l'excitation pour finir par les formes sèches de traitement.

L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 avril 1896. — Présidence de M. A. Cornu.

Œdème maculaire ou périfovéal de la rétine. — M. I.-P. Nuel. La *macula lutea* et son centre, la fossette centrale, est une partie de la rétine importante au point de vue physiologique et à celui de sa structure, de sa complication anatomique. Les altérations rétiniennes occasionnent les troubles visuels les plus prononcés en se localisant en cet endroit. Beaucoup de processus morbides du fond de l'œil ont enfin une prédilection marquée pour cette région, grâce précisément à sa complication anatomique et nutritive (1).

Néanmoins, nos connaissances relatives aux altérations maculaires sont assez rudimentaires. Le motif principal en est que l'endroit en question est moins accessible aux investigations ophtalmoscopiques, alors qu'une région voisine, physiologiquement moins importante, la papille du nerf optique, attire le regard et l'attention.

Nous avons pu mettre en évidence une catégorie fréquente d'altérations maculaires, dont le point de départ est dans la couche de Henle, spéciale à la région périfovéale.

Nous avons montré (2) récemment que la figure stellaire, visible à l'ophtalmoscope, autour de la *fovea* des yeux brightiques, est produite par la présence de globes exsudatifs albuminoïdes dans la couche de Henle; la disposition étoilée résulte de l'arrangement des fibres de cette couche, fibres rayonnant autour de la fovea comme centre.

Un œdème très particulier de cette couche de Henle survient fréquemment dans toutes sortes d'irritations du fond de l'œil : dans les rétinites, rétino-choroïdites, cyclites, traumatiques ou non; dans les suppurations commençantes de l'œil, dans les œdèmes par stase, dans l'embolie de l'artère centrale, etc. Dans des cas particuliers, on en reconnaît l'existence, à l'ophtalmoscope, sous la forme d'un trouble grisâtre, diffus ou rayonné, de la région périfovéale.

Anatomiquement, on constate une forte infiltration par un exsudat séreux, de la couche de Henle, qui peut ainsi acquérir le quadruple et plus de son épaisseur normale. L'exsudat dissocie les fibres constituantes, tantôt en les isolant une à une, tantôt en les ramassant en faisceaux séparés par de grandes lacunes.

D'autres fois, les fibres constituent un réseau dont les mailles sont remplies par un liquide clair. Ce dernier peut aussi être farci de petits globules de fibrine d'égale grosseur, signe d'une nature plus plastique (inflammatoire?) de l'œdème. L'étoile stellaire brigtique n'est qu'une modalité de cette dernière forme.

Cet œdème peut disparaître sans laisser de troubles fonctionnels bien graves. Il est à supposer qu'en cas de longue durée une restitution *ad integrum* est impossible.

D'autres fois l'œdème se prononce davantage; alors une conséquence très fréquente en est un décollement rétinien dont la fovea est le centre, et qui dans des cas excessifs peut s'étendre à toute la membrane.

Le mécanisme de ce décollement est le suivant. L'œdème de la couche de Henle tend, somme toute, à en agrandir les fentes interstitielles, infiniment plus développées que dans le restant de la rétine. A cet effet, les fibres, qui normalement rayonnent autour de la fovea, situées à peu près dans le plan de la rétine, de façon que leur extrémité proximale (contre la couche moléculaire externe) est éloignée de la fovea plus que leur origine aux cônes; ces fibres, disons-nous, tendent à se redresser, à prendre une direction

(1) I.-P. Nuel, *De la nutrition de la rétine, particulièrement de la* fovea (in *Arch. d'Ophtalm.*, 1891).

(2) Le même, *Figure maculaire étoilée dans la rétinite albuminurique* (*ibid.*, p. 593; 1895)

perpendiculaire au plan rétinien ; ce qu'elles font du reste réellement. Mais elles ne le peuvent qu'à la suite d'un chevauchement des plans rétiniens les uns sur les autres, en vertu duquel les deux extrémités de chaque fibre sont amenées en regard l'une de l'autre. Quelquefois les plans externes (cônes et bâtonnets avec leurs grains) s'éloignent de la *fovea*. Le plus souvent, les plans internes, situés en dedans de la couche de Henle, glissent au contraire vers la *fovea*. Leurs éléments se tassent contre celle-ci ; mais, de plus, l'ensemble de ces couches tend à se plisser, à devier vers le corps vitré. Grâce à leur soudure intime avec les couches internes au niveau de la fovea (où il n'y a pas de couche de Henle) les plans externes (les cônes et leurs grains) sont ainsi entraînés vers l'intérieur de l'œil, attirés par les couches internes. Il y a formation d'un décollement rétinien, petit d'abord, affectant la forme d'une papille saillante, dont le sommet est la *fovea centralis*. Dans ce décollement, les grains internes sont tassés en couche anormalement épaisse contre la fovea, tandis que les externes sont raréfiés : preuve que des glissements se sont bien effectués de la manière indiquée. Les cônes et le bâtonnets, séparés de la choroïde, leur source nutritive principale, se sont altérés dans la partie décollée : les cônes sont gonflés en vésicules; les bâtonnets très allongés et fragmentés ; enfin les deux espèces d'éléments disparaissent par résorption.

Des expressions fonctionnelles de ces altérations sont la métamorphopsie et des scotomes centraux. Enfin, en cas de guérison du décollement, il reste, outre le scotome central, des altérations pigmentaires dans la *macula*.

Mais le décollement peut s'étendre; la rétine se perfore à l'endroit de la *fovea*, et dès lors le liquide prérétinien, ayant libre accès sous la rétine, la décolle complètement, souvent en concurrence avec d'autres facteurs du décollement rétinien,

On sait qu'une des premières altérations cadavériques de la rétine humaine est un décollement sous forme de pli maculaire et même une perforation à l'endroit de la *fovea*. Cette altération cadavérique se distingue au microscope des processus pathologiques décrits ici, notamment par l'absence de transformations dans les cônes et bâtonnets, ainsi que par celle d'un liquide sous-rétinien coagulé. Nos constatations ont été faites sur une douzaine d'yeux énucléés sur le vivant et plongés immédiatement dans l'alcool ou le liquide de Mueller.

L'œdème périfovéal et ses conséquences mécaniques, notamment le décollement rétinien, jouent certainement un rôle important dans une foule de maladies du fond de l'œil. Très souvent, c'est là le facteur principal amenant l'abolition de la fonction visuelle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mai 1896. — Présidence de M. Hervieux.

La Correspondance comprend : 1° un travail manuscrit de M. le Dr Magnant (de Gondrecourt), sur les sérums et la lymphe humaine.

Pathogénie de l'appendicite. — M. Laveran. M. Dieulafoy a posé en principe que l'appendicite était toujours le résultat de la transformation de l'appendice en cavité close. Cette théorie est trop absolue. M. Dieulafoy pense que la transformation de l'appendice en cavité close peut se faire de deux façons soit par lithiase soit par rétrécissement. Evidemment, si un corps étranger vient obturer la cavité appendiculaire, la théorie de M. Dieulafoy s'applique sans réserve à ce cas. Il se forme un abcès, du pus très virulent; enfin une perforation. Mais je n'ai pas observé très souvent des cas semblables.

Une troisième cause d'appendicite peut s'observer également, c'est la déviation, la flexion de l'appendice signalées par M. Pozzi.

Dans les cas où la cause semble pouvoir être attribuée au rétrécissement, c'est par un processus inflammatoire que la lésion est produite. Consécutivement à une poussée inflammatoire simple, il se forme du tissu embryonnaire qui plus tard se transforme en tissu fibreux et cloisonne l'appendice, en y déterminant de véritables rétrécissements, parfois même des obstructions complètes qui changent l'appendice en cavité close. Ces rétrécissements sont donc conséquence et non cause de l'appendicite. Il est vrai qu'ils peuvent favoriser les perforations et en constituer une cause active.

Il y a plusieurs années, j'avais songé à publier un mémoire sur ce sujet, mais alors, ayant observé également des cas où il y avait eu des appendicites avec perforation sans rétrécissements préalables, j'abandonnai ce travail.

Si on observe que, dans les appendicites légères, il n'y a pas de cavités closes avec production de pus, on peut admettre que le traitement médical puisse donner d'excellents résultats. La maladie guérit facilement par disparition d'un simple état inflammatoire.

Le traitement médical des appendicites ne doit donc pas être absolument repoussé et dans certaines circonstances il peut rendre des services.

Littérature médicale de l'Inde. — M. Liétard, de Plombières, lit un travail sur ce sujet.

Contagion du cancer. — M. Pozzi lit un rapport sur deux observations présentées par M. Guermonprez sur l'inoculation professionnelle du cancer. Il discute les 2 observations de l'auteur, qu'il considère d'ailleurs comme fort peu probantes.

Avortement provoqué. — M. Robert, de Pau, lit une observation d'accouchement forcé chez une femme enceinte de 7 mois 1/2 et atteinte d'éclampsie puerpérale.

Kyste fœtal intra-abdominal chez un jeune homme. — M. Lévy communique l'observation d'un jeune homme de 19 ans qui portait dans l'abdomen une tumeur assez volumineuse. Après laparatomie, on constata dans l'épiploon une cavité kystique contenant un fœtus de 44 cent. environ, du sexe féminin, avec peau rétractée et épaissie. Le sujet succomba aux suites de l'opération. Jusqu'à l'âge de 17 ans ce jeune homme ne s'était aperçu de rien. A ce moment même, il remarqua dans l'abdomen une petite masse qui grossit peu à peu et en 2 ans atteignit le volume d'une tête d'adulte. C'est alors qu'il fut opéré. Il est probable qu'il s'agit là d'un cas d'enclavement ectodermique, remarquable par ce fait de l'état stationnaire de la tumeur pendant de longues années et de son développement rapide en 2 ans, développement qui traduisait la formation du fœtus, que l'opération permit de reconnaître.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret pour

entendre le rapport de M. Cadet de Gassicourt sur les candidats aux deux places vacantes de correspondant national dans la division de médecine.

Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : 1° M. Glenard (de Lyon); 2° M. Mossé (de Toulouse); 3° *ex-æquo*, MM. Debierre (de Lille) et Renou (de Saumur); 4° *ex-æquo*, MM. Prosper Lemaistre (de Limoges) et Vidal (d'Hyères).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er mai. — Présidence de M. d'Heilly

Cancer de l'ampoule de Vater. — M. Rendu communique une observation à rapprocher de celle que M. Hanot a rapportée dans la précédente séance.

Un homme d'âge moyen, de bonne santé habituelle, est atteint d'ictère, sans cause appréciable. A trois reprises différentes la jaunisse disparaît, sans provoquer d'autres symptômes que ceux d'une simple rétention biliaire passagère. Puis l'ictère reparaît de nouveau, se compliquant de fièvre, de tension douloureuse du foie, de phénomènes infectieux rappelant par certains côtés l'ictère grave. La mort survient au milieu d'un cortège de symptômes adynamiques, parmi lesquels prédomine une diarrhée profuse, qui, dans les deux derniers jours de la vie, se compliqua d'hémorragie intestinale. A l'autopsie on trouva un épithélioma cylindrique, exactement limité à l'ampoule de Vater, une angiocholite suppurée et des abcès multiples du foie, tandis que le pancréas était absolument indemne de toute lésion.

Deux points paraissent, dans cette observation, mériter d'attirer l'attention parce qu'ils peuvent contribuer peut-être à faire distinguer cliniquement les cancers de l'ampoule de Vater, d'origine exclusivement intestinale, de ceux de la tête du pancréas. Ce sont les alternatives d'amélioration et de récidive de l'ictère dans les premières phases de la maladie, et la diarrhée persistante de la période terminale.

Comme chez le malade de M. Hanot, le début de l'affection a été insidieux et remarquablement bénin. Un ictère indolent, accompagné d'un léger embarras gastrique, impossible à distinguer de l'ictère catarrhal classique, n'altérant pas sensiblement la santé générale, voilà tout ce qu'ont présenté nos deux malades. Puis, quand on les croyait guéris, de nouveau, sans cause provocatrice appréciable, les signes de l'obstruction biliaire se sont reproduits, et cela à plusieurs reprises.

Il est possible de se rendre compte du mécanisme de cet ictère intermittent qui, *a priori*, semblerait imputable à un calcul flottant dans le canal cholédoque. La plaque d'épithélioma qui envahit l'ampoule de Vater ne supprime pas complètement la perméabilité du cholédoque. Elle ne fait que le rétrécir, et ce rétrécissement lui-même peut varier suivant l'état de turgescence et de vascularisation du néoplasme. Cette disposition explique également l'indolence absolue du mal pendant une assez longue période. Le développement de l'épithélioma est lent et absolument insensible, et, d'autre part, l'obstruction biliaire se fait assez graduellement pour n'éveiller, pour ainsi dire, aucune douleur.

Quand il s'agit d'un cancer de la tête du pancréas, il ne donne pas, nécessairement, lieu tout de suite à de l'ictère ; mais, le jour où, par son développement, il arrive à englober l'extrémité du canal cholédoque, l'ictère devient définitif et ne rétrograde plus. L'intermittence de l'ictère est donc un signe de présomption du cancer de l'ampoule de Vater, tandis que sa persistance peut faire songer à celui de la tête du pancréas, surtout quand il s'y joint de l'amaigrissement et des signes de détérioration de l'organisme.

La diarrhée a, vraisemblablement, moins de valeur, car elle peut se montrer toutes les fois que la digestion pancréatique est altérée. Je suis tenté de croire, cependant, qu'il y a lieu d'en tenir compte, quand on la voit persister avec la fixité qu'elle présentait chez mon malade. Quel que soit le siège des cancers épithéliaux de l'intestin, ils donnent presque toujours lieu à de la diarrhée chronique, dont on ne comprend la signification que le jour où apparaissent certains symptômes insolites, tels que l'entérorragie ou les phénomènes d'obstruction intestinale. Dans l'ictère chronique par obstruction calculeuse, la constipation est la règle, même quand il s'y joint de l'angiocholite. L'ictère grave lui-même, qui donne souvent lieu à des hémorragies intestinales, n'entraîne pas nécessairement de la diarrhée. C'est donc un accident quelque peu insolite, que de la voir survenir au cours d'un ictère, et surtout de la voir persister, malgré un traitement rationnel. Il faudra dorénavant, et en pareil cas, penser à la possibilité d'un cancer de l'ampoule.

M. Hanot. J'ai insisté dans ma communication sur un symptôme qui me paraît avoir une importance considérable pour le diagnostic ; il s'agit de l'intermittence de l'ictère ; d'autant que l'on sait qu'au cas d'ictère chronique les intermittences sont extrêmement rares. J'estime donc que ce seul signe devra à l'avenir faire penser au cancer de l'ampoule de Vater. Il faut d'ailleurs ajouter que ce cancer est peut-être plus fréquent qu'on ne le suppose ; il peut passer fréquemment inaperçu, étant donnés son siège et son peu de développement.

Varicelle et scarlatine. — M. Comby rapporte un cas de varicelle ayant évolué chez un enfant de 2 ans, en convalescence de scarlatine. Un rash scarlatiniforme généralisé, sans prurit, sans angine, apparut le 2e jour de l'éruption; ce rash respecta la face et dura 48 heures.

Cette observation mérite d'être rapprochée de celles que citèrent successivement MM. Gaillard et Chauffard. Les rash sont rares dans la varicelle, ils ne précèdent généralement pas l'éruption, ils en sont contemporains et leur durée est très éphémère. Ils peuvent être morbilliformes ou scarlatiniformes.

Déformation des mains dans l'acromégalie. — M. Pierre Marie attire l'attention sur les mains de deux malades atteints d'acromégalie. L'un de ces malades présente les déformations classiques, à savoir: l'hypertrophie des mains en largeur, avec des doigts en battoir. L'autre plus jeune, a les mains longues, effilées, développées en longueur. On doit donc établir une distinction entre ces différents cas ; et l'on peut dire que, quand l'acromégalie se développe sur un sujet jeune, ce sujet présente les déformations en longueur; quand la maladie, au contraire, évolue sur un sujet qui a dépassé 40 ans, les déformations se font en largeur.

Éruption syphilitique et paralysie infantile. — M. Jol

LY rapporte une observation d'éruption syphilitique généralisée survenant chez un malade ayant eu une paralysie infantile. Le membre inférieur droit atrophié fut respecté par l'éruption.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mai 1896. — Présidence de M. CH. MONOD.

Traitement de l'otorrhée par l'ouverture de l'antre mastoïde et de ses annexes, par J. MOURE (de Bordeaux).

Cholélithiase biliaire. — Calculs biliaires. — M. MICHAUX. Les formes cliniques de la lithiase biliaire sont extrêmement variables. On nous a parlé de la pratique de choix, la cholécystostomie, comme la plus bénigne et la plus simple. J'ai eu presque toujours recours à la cholécystectomie, et si je fais l'ensemble de mes interventions, tant de la cholécystostomie que de la cholécystectomie, j'ai eu 3 morts sur 12 cas.

Quel est le choix à faire? La cholécystotomie paraît la plus simple des interventions, et permet d'arriver rapidement sur la vésicule, qui est facile à ouvrir et à vider de ses calculs. Mais la vésicule est souvent assez mince, se déchire, et il peut être difficile de l'amener avec des pinces jusqu'au bout de l'incision; on risque la déchirure de la vésicule et ses dangers. Quand on a incisé la vésicule, on peut être gêné pour enlever les calculs qui souvent sont enchatonnés et peuvent être situés derrière les premiers calculs du canal cystique. — Enfin, la cavité cystique peut être infectée. Aussi ne serait-il pas pour ces 3 raisons plus prudent de faire la cholécystectomie totale? La cholécystotomie n'est pas aussi simple qu'on a voulu le dire.

L'opération est elle plus bénigne? Sur les faits qui nous ont été présentés, on trouve que le pourcentage de l'une et de l'autre intervention peut être comparé, et la cholécystotomie a donné 5 morts sur 18 tandis que la cholécystectomie n'a donné qu'une mort sur 14. Je ne veux pas m'appuyer outre mesure sur ces statistiques et je me contente de les mettre aussi bénignes l'une que l'autre.

L'opération la plus radicale est sans contredit la cholécystectomie. Les résultats éloignés de la cholécystectomie sont moins favorables. Il y a des fistules qui persistent beaucoup plus longtemps. Elles existent parfois aussi dans le cholécystectomie. 10 sur 40 d'après Calot; moi-même j'en ai eu une qui a duré 8 mois malgré toutes les précautions soigneuses que je prends pour l'éviter. Je dois ajouter comme argument en faveur de la cholécystectomie qu'elle a dû être faite secondairement à une cholécystotomie primitive.

M. BROCA présente une série d'observations où des erreurs de diagnostic étaient légitimes malgré l'observation clinique de cholélithiase biliaire vérifiée après l'intervention.

Luxation ischiatique ancienne de la hanche, traitée par la résection du fémur. — M. DELORME. Après la chute d'un arbre, survient chez un blessé une luxation de la hanche. Je vois le blessé deux mois après sa chute, tous les symptômes de la luxation ischiatique. On sent la tête globuleuse dans la région de la cuisse.

Le membre était à peine atrophié. Le malade était paludique, et en mauvais état général. Je l'opérai néanmoins, n'espérant plus un bon résultat de la réduction infructueusement tentée plus de six fois.

Je voulus faire la décapitation du fémur. Je trouvai la tête fémorale bridée par le tendon de l'obturateur interne.

Je réséquai le fémur après section du tendon et je trouvai la cavité cotyloïde recouverte par la capsule déchirée et complètement fermée.

Elle n'avait ni sa forme, ni sa profondeur. Je fis faire des tractions et ne pus obtenir la réduction. Le col restait en place. Les tentatives restèrent sans succès jusqu'à ce que j'eus sectionné un pont osseux allant du col au sourcil cotyloïdien. Après de nombreux et étendus mouvements je pus remettre la cuisse en bonne position. Le malade fut pansé et immobilisé.

Les suites immédiates ne furent pas simples. Le malade s'agitait, la température était normale. Le soir et la nuit, l'agitation augmente et la température monte à 39°. Le lendemain le thermomètre retombait à 37°. Le soir, au moment où je pansais le malade, il mourut subitement de la même façon que j'ai vu mourir les malades atteints d'accès pernicieux impaludiques.

A l'autopsie on trouve une masse osseuse iléotrochantérienne, ostéophytique, que j'ai dû fracturer pour obtenir la réduction de la luxation, masse osseuse certainement due à l'ossification de l'obturateur.

Une lésion remarquable par la rapidité avec laquelle elle s'est produite, c'est d'une part l'effacement de la cavité cotyloïde et d'autre part l'apparition d'une nouvelle cavité.

L'excision de la tête paraît, dans la luxation en arrière, le procédé de choix pour arriver rapidement sur la cavité cotyloïde ancienne.

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, Décollement de la vésicule biliaire. Hémorragie du foie. Laparotomie. Guérison. — Par M. FAURE.

Endométrite des femmes âgées. — Par M. MAURANGE.

Fracture transversale de rotule. Suture il y a 3 mois par la méthode de Cecci. — Présentation du malade par M. DELORME.

Un grain de plomb dans un calcanéum contesté et vérifié par des photographies de Roentgen, présentés par M. GÉRARD MARCHAND.

F. VERCHÈRE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 11 mars. — Présidence de M. de PRADEL

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE — 1° Lettre de remerciements de M. le Dr Pellegrin, nommé membre titulaire de la Société; 2° lettre de M. Pujos, membre correspondant, demandant à continuer à faire partie de la Société au titre de membre associé libre; 3° questionnaire de M. Bertillon, chef de la statistique municipale, pour le recensement des Sociétés scientifiques de Paris; 4° souscription pour le monument Pasteur. Sur la proposition de M. Le Coin, la Société vote la somme de 50 francs; 5° M. le Dr Soulié, membre titulaire de la Société, est nommé officier d'Académie; 6° M. le Dr Nicolas, membre associé libre, a reçu de l'Académie un

prix de 1,000 francs; 7° M. le Dr Drouet, quittant Paris, vient de résigner ses fonctions de médecin des Bureaux de Bienfaisance, et donne sa démission de membre de la Société. M. le Dr Raoult, récemment nommé médecin de l'état civil, a dû quitter le service médical du Bureau de Bienfaisance du XVIe arrondissement, et donne sa démission de membre de la Société; 8° comptes rendus de la Société médicale de Gannat; M. Billon est nommé rapporteur; envoi de travaux de la République argentine; travail de M. Daniel sur quelques applications de l'électricité à la gynécologie et spécialement à l'électrolyse des métaux oxydables. M. Thominet est nommé rapporteur.

Communications diverses — M. Le Coin donne lecture d'un avis publié au *Bulletin municipal officiel* émanant de l'Assistance publique, dans lequel l'administration engage les médecins qui désireraient assurer le service des Bureaux de Bienfaisance à se faire inscrire au siège central de l'administration. La rédaction de cet avis a été faite de telle manière qu'il a été interprété par de nombreux médecins comme la suppression du concours. Après explications, il est prouvé que cet avis ne concerne que les médecins voulant faire des suppléances de médecins des Bureaux.

M. Le Coin expose la question de M. Bernard au Conseil municipal et la discussion qui a suivi, sur les médicaments pouvant être prescrits par les médecins des Bureaux.

Tout en reconnaissant avec M. Peyron que l'on peut faire d'excellente médecine avec un nombre restreint de médicaments, la Société se propose d'étudier la nomenclature et de la réviser et nomme, à cet effet, une Commission composée de MM. Noir, Billon, Yvon, Thominet.

Compte rendu de la visite au Préfet de la Seine et à la cinquième Commission du Conseil municipal. — La délégation de la Société a reçu la promesse que M. le Préfet de la Seine transmettrait, avec son approbation et son appui, nos desiderata à M. Monod pour la représentation des médecins des Bureaux au Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

A la cinquième commission du Conseil municipal, la Société a renouvelé le vœu si souvent exprimé de la représentation des médecins des Bureaux au conseil de surveillance pour lequel elle s'est montrée très favorable; elle a de plus demandé certaines améliorations en rapport avec les données actuelles de la science dans les ressources thérapeutiques et hygiéniques dont disposent les médecins pour les indigents tels que: lait, injecteurs pour femmes en couches, crachoirs pour les tuberculeux.

Rapport sur la candidature de membre titulaire du Dr Rueff (IIIe arrondissement), par M. Yvon. Après lecture du rapport de M. Yvon, M. Rueff est nommé membre titulaire à l'unanimité des membres présents.

Rapport de la commission du service médical de nuit. — M. Dufournier, rapporteur, lit le rapport suivant:

La société médicale des Bureaux de bienfaisance, consultée sur l'opportunité de confier le service médical de nuit aux seuls médecins des bureaux de bienfaisance en leur attribuant un supplément d'indemnité de 600 francs par an,

Considérant: 1° qu'il est impossible d'obliger un médecin quelconque à faire un service de nuit régulier si ce médecin a un empêchement moral ou physique de se déplacer la nuit; 2° que les médecins des bureaux de bienfaisance ne sauraient seuls assurer à titre gracieux le service de nuit à la clientèle extra-indigente; 3° que le nombre des médecins des bureaux de bienfaisance par arrondissements ne serait pas suffisant pour répondre aux exigences de ce service sans obliger ces médecins à un surmenage excessif; 4° que ce service ainsi organisé d'après ce nouveau mode ne répondrait pas, au point de vue des avantages matériels, au service ainsi qu'il fonctionne actuellement, conclut qu'il n'y a pas lieu d'imposer le service de nuit aux seuls médecins des bureaux de bienfaisance.

Rapport de la commission du matériel des dispensaires des Bureaux de bienfaisance. — M. Gibert. La commission du matériel des dispensaires des Bureaux de bienfaisance s'est réunie chez notre secrétaire général et, grâce aux documents fournis par le Dr Billon (Maisons de secours du 8e arrondissement), le Dr Séailles, (plan de son dispensaire scolaire du 17e arrondissement, projet de jours et heures pour consultations spéciales), M. Major, employé à la mairie du 12e arrondissement (liste avec prix des objets matériel et instruments, employé au dispensaire scolaire de cet arrondissement), la Commission a pu établir une énumération des objets que doivent posséder les dispensaires des Bureaux de bienfaisance pour répondre au désir formulé par l'administration; donner aux indigents les conseils et les soins qu'un médecin est appelé à donner à ses clients dans son cabinet.

M. Le Coin et moi nous sommes allés remettre cette liste à M. Baudouin des Salles, en insistant sur ce point: que nous demandions le minimum des choses nécessaires, et qu'il pourrait y avoir des adjonctions ou des modifications suivant le docteur chargé des consultations.

Si le projet n'a pas été soumis à la société, c'est que l'administration pressait pour qu'il lui fut remis et avait déjà accordé le temps nécessaire à une réunion de la société.

Dispensaires pour les consultations des malades des bureaux de bienfaisance. — 1° Personnel. Le médecin du Bureau de bienfaisance, un employé aux écritures. Deux infirmières diplomées pour aider aux pansements, maintenir le matériel (linges, instruments) en bon état, appliquer les ventouses.

Local: 1° Une salle d'attente avec son mobilier: appareil de chauffage, bancs, bureau pour les inscriptions; deux cabinets: l'un pour la consultation proprement dite, l'autre pour les examens variés, pouvant être transformé en chambre noire, avec apppareil d'éclairage à gaz mobile, armoires pour les instruments et les objets de pansement.

Matériel. Dans le cabinet de consultations: fauteuil, bureau.

Dans le cabinet d'examen: 1° lit pour pouvoir examiner une malade couchée; 2° une plate-forme pour spéculum (modèle des hôpitaux); eau froide et eau chaude, fontaine, étuve à désinfection; 1 pulvérisateur à vapeur; 1 appareil laveur de 2 litres avec trois tubes en caoutchouc noir de 1 m. 60 avec canules pour injections; 1 irrigateur Eguisier; 1 bock émaillé de 2 litres avec thermomètre; 2 bassins réniformes émaillés; 2 bassins rectangulaires porcelaine; 1 cuvette rectangulaire émaillée; 2 bassins réniformes caoutchouc durci; 1 sceau hygiènique porcelaine, avec couvercle porcelaine; bocaux pour contenir les gazes, coton hydrophile; 2 canules en verre; 12 tubes à expérience (avec leur support); 6 verres à expérience; 2 entonnoirs;

15 verres à ventouses ; 1 scarificateur ; 1 stéthoscope ; 1 abaisse-langue nickelé ; 1 thermocautère ; 1 appareil électrique de Gaiffe ; 1 laryngoscope (avec trousse appropriée) ; 1 ophtalmoscope (avec trousse appropriée) ; 1 loupe ordinaire ; 1 spéculum Fergusson ; 1 spéculum Cusco ; 1 spéculum nasi (Duplay) ; 1 spéculum auri ; 1 pince à polypes (Ruault) ; 1 seringue en caoutchouc durci ; 1 seringue de Pravaz ; 1 seringue de Roux avec deux aiguilles en platine iridié ; 1 poire de Politzer ; 1 sonde Itart (argent) ; 1 siphon de Weber (3 canules) ; 1 thermomètre centigrade ; 1 thermomètre à maxima ; 1 compte-gouttes ; 12 attelles assorties pour fractures ; bistouri droit ; bistouri étroit ; bistouri convexe ; bistouri mousse ; 2 paires de ciseaux (1 courbe) ; 2 paires de ciseaux nickelés ; 1 longue pince à pansements ; 2 pinces à pansements (1 à verrou) ; 1 pince à griffes ; 4 pinces hémostatiques à tenon nickelées ; 1 porte azotate d'argent ; 1 aiguille de Reverdin ; 1 aiguille courbe ; 1 sonde cannelée, acier nickelé ; 1 spatule ; 1 rasoir manche en corne ; 3 stylets en argent ; 2 lancettes (manche métal) ; 6 aiguilles ; 4 aiguilles à suture ; 50 épingles à suture ; 1 plaque porte-fil ; 6 serrefines argent ; 1 filière Charrière ; 6 bougies olivaires ; 6 bougies à boule exploratrice ; 6 sondes olivaires droites ; 6 sondes olivaires en caoutchouc ; 1 sonde olivaire pour lavage Dr Debove ; 6 daviers variés ; 2 lampes à alcool ; serviettes éponges ; tabliers à bavettes et à poches ; blouses toile grise ; torchons.

Pour les réactifs, les produits nécessaires aux pansements, à la désinfection, ils se trouveront à la pharmacie annexe de tous les dispensaires.

Accidents observés à la suite des injections du Sérum de Roux. — M. de PRADEL rapporte l'observation de deux angines chez le même enfant de deux ans survenues à moins de trois mois de distance, la première reconnue non diphtérique mais staphylococcique et pour laquelle fut faite d'urgence une injection de 10 cc. de sérum de Roux. Cette injection fut suivie au bout de quatorze jours de phénomènes graves qui mirent l'enfant en danger.

La seconde angine diphtérique cette fois guérit sans injection de sérum.

M. de Pradel fait d'abord remarquer que le sérum n'a pas donné l'immunité et d'autre part que les accidents post-sérumthérapiques n'ont pu être causés dans ce cas par une association de bacilles de Lœfler avec le streptoccoque comme le pense M. Sevestre.

Question posée par l'Administration au sujet des visites faites la nuit par les médecins des Bureaux de bienfaisance aux malades en traitement. — M. LE COIN communique une lettre de M. le préfet de police à l'administration de l'assistance publique dans laquelle M. le préfet de police demande la façon dont doivent agir les médecins des Bureaux vis-à-vis des indigents malades la nuit lorsque ceux-ci sont en traitement.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Seailles, Noir, Gibert, Le Coin, la Société se rallie à la proposition suivante de M. Noir :

La Société consultée est d'avis que l'administration réponde à M. le préfet de police par l'envoi du règlement régissant le service des secours à domicile.

Médecins étrangers. — M. SEAILLES demande que la Société réponde aux différents groupements de médecins qui s'efforcent en ce moment d'enrayer l'envahissement de la profession médicale à Paris par les médecins étrangers. M. Dufournier fait observer que les médecins des bureaux devant être Français d'après le règlement, il n'y a point lieu de s'occuper de cette question au sein de la Société. M. Noir demande que la Société émette le vœu que les remplacements des médecins des Bureaux ne soient pas confiés à des médecins étrangers. Cette proposition est adoptée et de plus sont adoptées les conclusions suivantes proposées par le Syndicat des médecins de la Seine :

1° Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant une des facultés de l'Etat. Le diplôme ne pourra être accordé qu'aux étudiants possesseurs de leurs baccalauréats ou des brevets similaires, qui pourront leur être ultérieurement substitués et ayant un casier judiciaire exempt des condamnations énumérées à l'article 25 de la loi sur l'exercice de la médecine ;

2° Les étudiants étrangers qui auront été inscrits dans des facultés avec des dispenses ou des équivalents, recevront à la fin de leurs études, un certificat de scolarité qui ne leur donnera pas le droit d'exercer en France.

La séance est levée à dix heures trois quarts.

Le secrétaire des séances,
L. DUFOURNIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LOUVRE

Séance du 11 février 96. — Présidence de M. E. RICHARD

Remerciements à la municipalité qui a mis une case de la bibliothèque à la disposition de la Société.

Candidature de M. le Dr Descroizilles, présenté par MM. Morin et E. Richard, rapporteur M. Lemoine.

Après discussion, M KUHFF abandonne sa proposition du rachat des cotisations par un versement unique.

M. DEMELIN rapporte deux cas d'accouchements compliqués de thrombus de la vulve et du vagin. Dans l'un, malgré le volume du thrombus, l'accouchement fut terminé par le forceps, mais il y eut rétention des lochies, infection et abcès ; dans l'autre cas, le thrombus fut ouvert avant la traction, le forceps étant appliqué. Les suites furent bonnes.

M. BRUCHET pense qu'il vaudrait mieux ouvrir immédiatement le thrombus, et le traiter antiseptiquement.

M. L. DUERISAY a vu M. Budin pratiquer l'ouverture d'emblée pour un gros thrombus rendant l'application du forceps difficile.

MM. L. DUBRISAY et SEBILLOTTE ont été frappés de l'obstacle apporté par un thrombus, même petit, à la pénétration dans le vagin du doigt ou d'une canule, et insistent sur la rétention consécutive des lochies et sur ses dangers.

Séance du 17 mars 96. — Présidence de M. E. RICHARD

Rapport de M. Lemoine sur la candidature de M. Descroizilles, admis à l'unanimité.

Communication d'un questionnaire de M. le Préfet de police pour la statistique des Sociétés savantes de Paris, et réponse.

M. Duroziez développe les relations qui existent entre le sternum et le cœur, et ses maladies.

Le secrétaire des séances,
R. Sébillotte.

MEMENTO PRATIQUE

Sulfate de quinine. – Le plus fréquemment employé des sels de quinine, cristallisé en aiguilles blanches, soyeuses, d'une saveur très amère, peu soluble dans l'eau, très soluble dans l'eau acidulée, soluble dans l'alcool.

— D'Espine et Picot —

De 0	à 1	ans	0 gr. 05	à	0 gr. 15
De 1	à 2	ans	0 gr. 10	à	0 gr. 20
De 2	à 3	ans	0 gr. 15	à	0 gr. 25
De 3	à 4	ans	0 gr. 20	à	0 gr. 30
De 4	à 7	ans	0 gr. 25	à	0 gr. 40
De 7	à 10	ans	0 gr. 30	à	0 gr. 60
De 10	à 15	ans	0 gr. 50	à	1 gr.

L'extrême amertume des sels de quinine rend difficile leur admininistration aux enfants du premier âge, on aura recours aux préparations suivantes :

Jules Simon conseille les pilules.

Sulfate de quinine.....	0 gr. 01
Miel.....	Q. S.

Pour une pilule très petite et argentée. On en fera prendre 10 ou 15 à la fois dans un peu de confiture de groseille.

Potion au sulfate de quinine.

Sulfate de quinine.....	0 gr. 50
Acide tartrique.....	0 gr. 30
Infusion de café noir.....	
Sirop d'écorces d'or. amères....	àâ 30 gr.

Chaque cuillerée à café contient 0 gr. 05 de sulfate de quinine.

Lavement au sulfate.

Sulfate de quinine.....	Q. S.
Acide tartrique.....	0 gr. 50
Eau.....	60 gr.
Laudanum de Sydenham	1/2 goutte à 1 goutte.

Le lavement sera donné avec une petite seringue. La dose de sulfate de quinine à incorporer dans le lavement sera double de la dose qu'on aurait donnee par la bouche

Suppositoire au sulfate de quinine.

Sulfate de quinine.....	Q. S.
Beurre de cacao accidifié..	2 gr.

pour 1 suppositaire.

Les frictions avec une pommade au sulfate de quinine ne sont pas à recommander, l'absorption du médicament par la voie cutanée étant probablement nulle.

Pour les injections hypodermiques il vaut mieux avoir recours à un sel de quinine plus soluble, le chlorhydrate.

Effet diurétique du calomel dans l'ascite d'origine cardiaque. — L'emploi du calomel comme diurétique dans les maladies du cœur n'est pas nouveau ; actuellement d'aucuns le préconisent avec ardeur, d'autres le rejettent systématiquement à cause des accidents mercuriels et gastriques que provoque son administration trop prolongée.

De l'étude qu'il a faite sur ce sujet M. Finkelstein, de Kharkov, a trouvé que, d'après les données bibliographiques, sur 118 cas où le calomel a été administré, dans 101 la diurèse a été constamment obtenue sans accidents notables et s'est maintenue de 3 à 5 jours. D'autre part, expérimentant lui-même ce médicament, il est arrivé, dans 15 cas d'affections cardiaques avec ascite, à obtenir la diurèse et à régulariser le cœur. Le calomel était donné pur, sous forme de cachets, à la dose de 2 à 4 cachets de 0,03 centigrammes par jour, de deux en deux heures, ou bien associé à la digitale :

Calomel.....	0 gr. 12 à 0 gr. 13
Poudre de feuilles de digitale.	0 gr. 02 à 0 gr. 03

Mêlez. — Divisez en 4 paquets à prendre dans la journée.

En même temps on ordonne un gargarisme chloraté et on surveille la bouche pour arrêter la médication à la moindre apparition de stomatite : cetle-ci servira, du reste, à mesurer la tolérance du malade et, par conséquent, la dose à administrer.

Traitement des engelures. — M. Lassar recommande la pommade suivante contre les engelures :

Acide phénique.....	2 gr.
Onguent diachylon.. .	40 gr.
Lanoline.....	40 gr.
Huile d'olive	20 gr.
Essence de lavande....	XXV gouttes

(*Bull. méd*).

Traitement de l'apoplexie pulmonaire, par Plique. Ce traitement sera avant tout basé sur les indications étiologiques. Chez un cardiaque, ce qu'il faudra faire, c'est de relever le cœur par la digitale, par la caféine. Dans les cas pressants, la saignée sera souvent le meilleur moyen de diminuer le surcharge veineuse et la dilatation du cœur. Dans les infections dynamiques, c'est aux toniques, à l'alcool, champagne, quinquina, qu'il faudra avant tout s'adresser. On n'oubliera par le rôle joué par la congestion hypostatique dans l'apoplexie pulmonaire. On luttera contre cette congestion par l'application de nombreuses ventouses sèches et en faisant coucher les malades sur les côtés et même presque sur le ventre. Cette position diminue rapidement la congestion.

Contre le point de côté les applications de ventouses sèches ou scarifiées suffisent en général.

Contre la dyspnée, on emploiera les ventouses, les inhalations d'oxygène, les injections d'éther, de caféine et surtout d'huile camphrée. Une à quatre seringues de la solution suivante :

Huile d'olive stérilisée.....	30 grammes.
Camphre.....	5 —

Exceptionnellement l'abondance de l'hémoptysie nécessitera un traitement spécial : ligature assez serrée des quatre membres, glace à l'intérieur, ventouses sèches et injections sous-cutanées d'ergotine. Dans les cas d'hémoptysie moins abondante, mais prolongée, il vaudrait mieux employer les potions à l'ergotine, au ratanhia. Le malade évitera bien entendu tout effort, tout mouvement, et gardera un silence complet (*La Presse méd. de Paris*, 12 février 1896).

Laudanum de Sydenham et élixir parégorique ; leur équivalence en gouttes. — Les cliniciens sont loin d'être d'accord lorsqu'il s'agit de fixer le nombre de gouttes d'élixir parégorique représentant une goutte de laudanum. Pour d'Espine et Picot, une goutte de laudanum équivaut à 5 gouttes d'élixir parégorique du codex. J. Simon et

Comby donnent 10 gouttes d'élixir parégorique comme l'équivalent d'une goutte de laudanum. Enfin M. Raymond Nogué avance qu'une goutte de laudanum de Sydenham équivaut à 25 gouttes d'élixir parégorique.

M. le Dr Haquin, dans une note insérée dans le *Journal des Praticiens*, est arrivé par un calcul simple, mais assez complexe, à fixer cette équivalence. Il a établi son calcul d'après les formules de l'élixir parégorique et du laudanum de Sydenham inscrites dans le codex français, et a accepté comme base, toujours d'après le codex, qu'un gramme d'élixir parégorique contient 52 gouttes, et un gramme de laudanum 33 gouttes.

Il résulte du minutieux calcul auquel il s'est livré qu'une goutte de laudanum de Sydenham égale 20 gouttes d'élixir parégorique. Ainsi en médecine infantile, lorsque le praticien voudra substituer au laudanum de Sydenham l'élixir parégorique, il devra savoir et retenir qu'une goutte de laudanum est représentée par 20 gouttes d'élixir parégorique du codex.

Pathogénie et traitement médical du rachitisme. — Cette étude ne saurait avoir en vue que le traitement du rachitisme de la première enfance. Le rachitisme fœtal (fractures intrautérines, fractures du crâne pendant l'accouchement) s'accompagne fréquemment de la mort de l'enfant peu après la naissance. Si l'enfant survit, le traitement pour éviter le nanisme, complication fréquente, est le même que pour le rachitisme des jeunes enfants. Le rachitisme tardif des adolescents auquel on a rattaché la scoliose, certaines déformations du poignet, le genu valgum, le genu varum, certaines tarsalgies, est avant tout du ressort de la chirurgie orthopédique.

Le traitement du rachitisme proprement dit a subi l'influence des nombreuses théories pathogéniques tour à tour invoquées. Ces théories sont ainsi résumées dans le remarquable article publié par Mauclaire dans le *Traité de chirurgie*.

a) Théorie du manque de chaux par alimentation formée d'aliments trop pauvres en sels calcaires (expériences de Chassat), par mauvaise assimilation de la chaux ingérée, par élimination excessive de la chaux des os (Laborde).

b) Théorie de l'auto-intoxication par une alimentation irrégulière. C'est le rôle de l'allaitement artificiel, du sevrage prématuré, de l'allaitement trop précoce, de la dilatation de l'estomac (Comby).

c) Théorie respiratoire. Les maladies infectieuses, en entravant l'hématose, retentiraient sur le tissu osseux. Il se produirait des troubles asphyxiques des os, analogues à l'ostéopathie ossifiante pneumique.

d) Théories infectieuses. La syphilis héréditaire agit comme cause directe (Parrot), comme cause simplement prédisposante de débilitation (Fournier, Comby). Toutes les infections peuvent de même agir indirectement. Certaines formes épidémiques, certaines formes hémorragiques du rachitisme sont en faveur d'une origine infectieuse directe. Le rôle de l'impaludisme doit être spécialement mentionné.

e) Théorie de l'inflammation. La persistance du tissu chondroïde et spongoïde sans ossification, la substitution de ce tissu caverneux au tissu normal est évidemment analogue aux inflammations. Mais cette notion étiologique est de bien peu d'utilité thérapeutique.

f) Théorie nerveuse. Cette théorie s'appuie sur les convulsions, le spasme laryngé, le retard de la parole fréquent chez les rachitiques. Mais ces troubles nerveux semblent être plutôt la conséquence des malformations craniennes (ramollissement de l'occipital et craniotabes en particulier) que la cause même du rachitisme.

Pour le praticien, quelle conclusion tirer de toute cette pathogénie ?

An point de vue hygiénique, l'allaitement par le sein est la meilleure prophylaxie et le meilleur traitement curatif du rachitisme des premiers mois. Cet allaitement sera réglé de façon à prévenir les troubles gastro-intestinaux. On se défiera de la viande, des farines données trop tôt. Le sevrage ne sera jamais brusque.

L'efficacité du grand air, des séjours au bord de la mer et à la campagne montre qu'il y a vraiment une part de vérité dans la théorie de l'insuffisance respiratoire.

Ces diverses précautions hygiéniques s'imposent, en particulier pour prévenir le rachitisme, après toutes les infections, après tous les accidents gastro-intestinaux un peu intenses qui servent souvent de point de départ à la maladie.

Comme traitement médical proprement dit, l'administration de la chaux paraît avoir quelque utilité. Le lait de chèvre riche en sels de chaux a été vanté. La solution de phosphate de chaux bicalcique en usage dans les hôpitaux est la suivante :

Phosphate de chaux bicalcique.....	17 grammes
Acide chlorydrique pur, q. s., environ..	10 —
Eau distillée.....	973 —

Une à quatre cuillerées à café par jour dans du lait, suivant l'âge.

Les glycéro-phosphates, facilement assimilables, peuvent être également donnés, mais sous forme de sirop. H. Martin recommande seulement de se défier, chez les jeunes enfants, des vins et des élixirs alcooliques.

Billroth conseille, matin et soir, une forte pincée de l'une des deux poudres suivantes :

1° Sucre de lait.....	10 grammes
Lait de chaux.....	10 —
Phosphate de chaux.....	10 —
Lactate de fer.....	5 —
2° Saccharure de carbonate de fer Lactate de fer..... Phosphate de chaux..... Sucre de lait.....	ää 5 grammes

Albert donne simplement une à deux cuillérées à soupe par jour de la solution :

Eau de chaux.....	100 grammes
Sirop simple.....	20 —

L'huile de foie de morue, d'une efficacité réelle, ne peut être prise que chez les enfants un peu âgés. Quand elle augmente les troubles dyspeptiques, on peut la remplacer par le mélange de Trousseau :

Beurre très frais.....	300 grammes
Chlorure de sodium.....	5 —
Bromure de potassium.....	0,50 centigr.
Iodure de potassium.....	0,15 centigr.

A prendre en trois jours.

Très souvent, on ajoute à ce mélange un centigramme de phosphore. Avec Comby, avec H. Martin, on ne saurait trop se défier de ce médicament dangereux et d'efficacité douteuse.

En cas d'hérédo-syphilis certaine, on n'oubliera pas les excellents résultats obtenus par Gibert, du Havre, au moyen du traitement mercuriel. (*Journal du Praticien.*)

NOUVELLES

Distinctions universitaires. — Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Audureau (de Paris) et Pouvreau, ex-médecin de la marine.

Faculté de médecine de Paris. — Concours de l'adjuvat. Le jury du concours est composé de MM. Panas, Mathias-Duval, Berger, Albarran et Poirier. MM. Thiéry et Walter, suppléants.

Ecole de médecine de Reims. — M. Henrot, professeur de pathologie médicale, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite école, en remplacement de M. Luton, décédé.

Service médical de nuit dans la ville de Paris. — *Statistique du 1er trimestre 1896 par MM. les Drs Passant et Hautecœur.*

Visites faites pendant le quatrième trimestre dans les vingt arrondissements : 4,254.

Maladies observées : Angines et laryngites, 237 ; croup, 32 ; coqueluche, 17 ; affections de la bouche, du nez, des oreilles, 14 ; asthme, 71 ; affections du cœur et des vaisseaux, 178 ; bronchites aiguës et chroniques, 964; pleuro-pneumonie, 172 ; congestion pulmonaire, 89 ; affections et troubles gastro intestinaux, 387 ; cholérine, 19; dysenterie, 9 ; athrépsie, 13 ; coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines, 94 ; hernie étranglée, 47 ; rétention d'urine, orchites etc., 40 ; métrite, métro-péritonite, 87 ; métrorrhagie, 91 ; fausse couche, 108 ; accouchement, délivrance, 251 ; accouchement non terminé, 149 ; affections cérébrales, 149 ; convulsions, éclampsie, 107 ; névralgie, 87 ; névroses, 112 ; aliénation mentale, 3 ; alcoolisme, delirium tremens, 47; rhumatisme, 50 ; affections éruptives, 105 ; fièvres, 51 ; fièvre typhoïde, 16 ; hémorragies de causes internes et externes, 135 ; plaies, contusions, 141; fractures, luxations, entorses, 37; brûlures, 5; empoisonnements, 17 ; asphyxie par le charbon, 11 ; suicide, 6 ; mort à l'arrivée du médecin, 75.

Les hommes entrent dans la proposition de			30,08 0/0.
Les femmes	—	—	51,60 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans	—		13,32 0/0.

Cours pratique d'ophtalmologie. — M. le Dr A. Terson recommencera le samedi 9 mai, à 5 heures, des conférences pratiques :

1° *Ophtalmoscopie clinique* (avec malades).

2° *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves).

M. Mermet commencera, le 11 mai, à 5 heures, des conférences pratiques :

1° *Anatomie* normale et pathologique de l'œil (pièces et technique).

2° *Bactériologie* clinique de l'œil.

Chaque cours durera six semaines : le premier aura lieu les mardis, jeudis, samedis, à 5 heures ; le second, les lundis, mercredis, vendredis, à la même heure.

S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

La mortalité à Paris. — Pendant la 18e semaine le service de la statistique a compté 995 décès au lieu de 1,004 et de la moyenne 1,105.

Les maladies épidémiques continuent à être rares (47 au lieu de 42 et de la moyenne 84), la fièvre typhoïde a causé 5 décès au lieu de 2 et de la moyenne 30, la scarlatine 4 au lieu de 1 et de la moyenne 5, la coqueluche 8 au lieu de 2 et de la moyenne 7, la diphtérie 16 au lieu de 15 et de la moyenne 26.

Il n'y a pas eu de décès par variole et par typhus.

On signale 2 décès par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 25 décès au-dessous de 1 an au lieu de 36 et de la moyenne 42.

En outre 34 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 143 décès (au lieu de 123 pendant la semaine précédente et au lieu de 174, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 21 décès (au lieu de la moyenne 28) ; bronchite chronique, 27 décès (au lieu de la moyenne 38) ; broncho-pneumonie, 27 décès (au lieu de la moyenne 43) ; pneumonie, 68 décès (au lieu de la moyenne 65). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 43 décès, dont 31 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 211 décès au lieu de la moyenne 216 ; la méningite tuberculeuse, 19 décès ; la méningite simple, 29 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 21 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 65 décès, et les maladies organiques du cœur, 50 ; le cancer a fait périr 58 personnes. Enfin, 48 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 20 suicides et 16 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 482 mariages.

On a enregistré la naissance de 1,098 enfants vivants (549 garçons et 549 filles), dont 794 légitimes et 304 illégitimes. Parmi ces derniers, 31 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 299 enfants, dont 10 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 89 seront nourris au sein et 210 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 82 mort-nés, dont 52 légitimes et 30 illégitimes.

Nécrologie. — Le Docteur Roberty, ancien professeur de physiologie à l'École de Médecine de Marseille, chirurgien honoraire des hôpitaux, décédé à l'âge de 84 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de la tuberculose par l'altitude, par le Dr G. Lauth, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-18 de 300 pages 3 fr. — Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Fallières.
CONSTIPATION — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des intestins.**

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.